

**Matériel et méthode.**— Nous présentons le cas extraordinaire d'un poly-handicapé suite à une méatoplastie et dont la sœur aînée, qui en assure la tutelle, espère toujours 17 ans après les faits, réparation d'un préjudice apparemment évident. Nous avons bien entendu anonymisé l'ensemble de notre présentation compte tenu de la gravité des faits présentés.

**Résultat.**— L'analyse montre : que la contribution du M.P.R est aussi importante dans la juste évaluation du dommage et des compensations indispensables que dans la reconnaissance du principe même de la réparation. Que la spécialisation de l'avocat est indispensable pour, d'une part, répondre aux exigences procédurales de l'expertise, d'autre part, réduire l'asymétrie entre le blessé et les assurances en situation de domination (équipes techniques, moyens financiers consacrés à leur défense). Que la coopération entre le médecin et l'avocat est indispensable pour répondre de façon adaptée aux aléas de l'expertise judiciaire (neutralité discutable de l'expert, corporatisme exonérateur, orientation des conclusions sur préjugés contraire à éthique médicale).

**Discussion.**— Ce type de dossier est-il l'apanage des DOM ? Être référent MPR de l'enfant constitue-t-il un obstacle à cette démarche ?

**Conclusion.**— Les moyens nécessaires à une réadaptation aboutie excèdent souvent les possibilités offertes par la protection sociale et la solidarité nationale. L'implication des MPR dans la problématique indemnitaire peut faire émerger un levier puissant de réadaptation.

*Pour en savoir plus*

Lambert-Faivre Y. Droit du dommage corporel ; Précis Dalloz. 6e ed. Dalloz; 2009.

Ceccaldi M, Delval C. Expertise du grand handicap : le point de vue de l'avocat. Experts 2010, p. 24 et s.

Laurent-Vannier A, Chevignard M, Ceccaldi M. Spécificité de la prise en charge indemnitaire de l'enfant TC. Gaz-pal. 2012, vol. 69 à 70, p. 11 et s.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.600>

P031-f

### Évaluation et prise en charge du handicap moteur d'origine congénitale, et le rôle de la consanguinité dans la région de Tlemcen

M. Benmansour<sup>\*</sup>, A. Tioursi, N. Kara Zaitri, S. Taleb

CHU Dr Tidjini Damerdj, boulevard Mohammed V, 13000 Tlemcen, Algérie

*\*Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : [pr.benmansour@gmail.com](mailto:pr.benmansour@gmail.com).

**Mots clés :** Handicap moteur ; Tlemcen ; Consanguinité ; MIF

**Introduction.**— La région de Tlemcen est réputée pour une région à forte endogamie.

Nous nous sommes intéressés aux répercussions de la consanguinité dans l'appariation de maladies handicapantes d'origine congénitale.

**Matériels et méthodes.**— Étude descriptive transversale et prospective de janvier 2005 à décembre 2006, réalisé sur 60 sujets présentant un handicap moteur congénital.

**Objectifs.**— Décrire les aspects cliniques des handicaps moteurs congénitaux, déterminer les facteurs de risque et l'impact de la consanguinité et évaluer l'indépendance fonctionnelle, selon l'échelle MIF et MIF Mômes.

**Résultats et discussion.**— Soixante sujets présentant un handicap moteur congénital recrutés durant la période 2005–2006, ont participé à cette étude, la moyenne d'âge est de  $11,5 \pm 10,5$  ans avec un âge moyen de 14,3 ans chez les filles versus 9,3 chez les garçons ( $p = 0,05$ ). Les dystrophies musculaires constituent la majorité des maladies handicapantes, et orientent logiquement vers la notion de consanguinité, les maladies orphelines se caractérisent par leur rareté.

La notion de consanguinité a été retrouvée dans 61,7 % des cas, celle-ci est présente dans 2/3 des maladies neuromusculaires et orphelines.

Ces handicaps sont répartis à raison de : 33 maladies neuromusculaires, soit 55 % de l'effectif, 12 maladies orphelines, soit 20 % de la population d'étude et 14 malformations congénitales ont été décrites, soit 23,3 % de l'échantillon global.

L'analyse du score du MIF a révélé un pourcentage de 53 %, la moyenne du MIF chez les sujets ayant des maladies neuromusculaires est relativement satisfaisante soit 79 %.

La rééducation fonctionnelle est présente à toutes les étapes du programme thérapeutique. Les handicaps induits par la consanguinité sont lourds, invalidants avec retentissement psychologique et économique.

**Conclusion.**— La consanguinité est un facteur de risque prédictif c'est pourquoi la prévention primaire par un conseil génétique est fondamentale.

*Pour en savoir plus*

Benallegue A. Consanguinité et santé publique, étude algérienne. Arch Fr Pédiatr 1984.

Bittles AH. Endogamy, consanguinity and community disease profiles. Community Genet 2005;8(1).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.601>

P032-f

### Prise en charge des 16–25 ans dans un centre d'éducation motrice

J. Le Kerneau<sup>a,\*</sup>, C. Vigier<sup>a</sup>, V. Gautheron<sup>b</sup>, C. Pourchez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centre d'éducation motrice de Montrodat, Vimenet, 48100 Montrodat, France

<sup>b</sup>Médecine physique et réadaptation, hôpital Bellevue, 42100 Saint-Étienne, France

<sup>c</sup>Service de soins de suite et de réadaptation, centre hospitalier de Saint-Jean-de-Maurienne, 73303 Saint-Jean-de-Maurienne, France

*\*Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : [joellekerneau@yahoo.fr](mailto:joellekerneau@yahoo.fr).

Le centre d'éducation motrice de Montrodat (CEM) dispose d'un agrément « exceptionnel ».

Depuis son ouverture en 1968, il est autorisé à accueillir des déficients moteurs jusqu'à l'âge de 25 ans. De ce fait, il dispose d'une expérience significative dans la prise en charge des 16–25 ans.

La mise en œuvre des lois de 2005 (égalité des droits et des chances, participation et citoyenneté des personnes handicapées), de 2007 portant réforme des régimes de protection juridiques et de 2009 (hôpital, patients, santé et territoires), a modifié l'approche et la prise en charge des 16–25 ans.

Le CEM de Montrodat a adapté son offre à ces changements :

- restructuration des étapes de transition entre 16 et 25 ans ;
- spécialisation d'unité de vie à des tranches de population homogène en âge et en projet de vie ;
- accueil tardif de jeunes issus du milieu ordinaire après 16 ans ;
- accueil de jeunes patients hospitalisés depuis plusieurs années.

*Pour en savoir plus*

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Loi portant réforme de la protection juridique des majeurs n° 2007-308 du 5 mars 2007.

Loi Hôpital Patients Santé Territoires.

Charte européenne de l'enfant.

Circulaire DG5/D4 n° 132 du 16/03/1988.

Circulaire 5 n° 517/DH05/DG5/DGAS 28 octobre 2004.

Amendement Creton.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.602>

P033-f

### Ostéoporose et paralysie cérébrale : spécificité du diagnostic et du traitement

V. Bourg

CRF Paul-Dottin, 26, avenue Tolosane, France

Adresse e-mail : [veronique.bourg@asei.asso.fr](mailto:veronique.bourg@asei.asso.fr).

**Mots clés :** Ostéoporose ; Paralysie cérébrale

L'enfant (et l'adulte) paralysé cérébral (PC) sont désormais reconnus comme présentant un risque accru d'ostéoporose et de fracture. À partir d'une *Revue morbi-mortalité* réalisée sur un cas concret d'un enfant hospitalisé au centre